

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 067285

ND: 29884

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AR 8560 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Njalli Bouazza

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 5550 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067285

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																							
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture. Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																				
O.D.F. Prothèses dentaires																							
	Détermination du coefficient masticatoire																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			
	H		G																				
	25533412	21433552																					
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																							
Date du devis																							
Fin de																							
<div> <div>Volet adhérent</div> <div>NOM :</div> <div>Mle</div> </div>																							
<div> <div>DECLARATION N°</div> <div>W18-351851</div> </div>																							
<div> <div>Date de Dépôt</div> <div>Montant engagé</div> <div>Nbre de pièces Jointes</div> </div>																							
<div> <div>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</div> <div>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</div> </div>																							

MAFICULE: 8560

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-351851

DATE DE DEPOT
23.06.2012

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom MTATI BOUAZZA

Fonction ELECTRICIEN Phones 06 6215 1640

Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age Date

Nature de la maladie Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE Date

Montant de la facture 34,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jafar
302, Bd Oued Sebou
CASABLANCA
Tél: 0522 91



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

☒ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Centre d'Urologie
Professeur SAÏD BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
39, Bd. Serkrouni, Résidence Les Fleurs
Casablanca. TEL : 0522 88 01 12/13/14

SAÏD BENJELLOUN

Adenocarcinome de PROSTATE

Longue durée trois

AATNAL (10mg), Zyloric 200mg




PHARMACIE TAM

Client :

Facture N° 00118 /

Casablanca, le / /

QUANTITE	DESIGNATION	P.U	TOTAL
2	ASPIRO 500 mg 	17,00	34,00
Arrêtée la Présente Facture à la somme de :		Total HT	34,00
.....		TVA 20%	
.....		Total TTC	

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
302, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

Visa Direction

PPV: 17.00 DH
CBO1388
EXP: 10/2022

25° مئوية

حالة الحساسية والمرض
التي
التي
التي



PPV: 17.00 DH
CBO1399
EXP: 10/2022

118000 170365

25° مئوية

حالة الحساسية والمرض
التي
التي
التي



ASPRO®
20 comprimés
500
EFFERVESCENTS